

ANNÉE 1931-1932

N° 70

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DE L'AMÉNORRHÉE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Léon-Pierre-Marie LACORNE

Elève de l'Ecole principale du service de santé de la marine
Né le 1^{er} Janvier 1907 à Spézet (Finistère)

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, Professeur	Président.
		CHAVANNAZ, Professeur	Juges.
		JEANNENEY, Agrégé	
		JOULIA, Agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DE L'AMÉNORRHÉE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Léon-Pierre-Marie LACORNE

Elève de l'Ecole principale du service de santé de la marine

Né le 1^{er} Janvier 1907 à Spézet (Finistère)

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, Professeur	Président.
		CHAVANNAZ, Professeur	Juges.
		JEANNENEY, Agrégé	
		JOULIA, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHE.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale in-	
	CASSAET.	fantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Pathologie et thérapeuti-	CARLES.	ladies des enfants.....	CRUCHET
que générales.....	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-	
Clinique d'accouchements.		dicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique et	SABRAZES.	Physique médicale et phar-	
microscopie clinique....	VILLEMEN.	maceutique.....	SIGALAS.
Anatomie.....	G. DUBREUIL.	Médecine coloniale et cli-	
Anatomie générale et his-	PACHON.	que des maladies exoti-	BONNIN.
tologie.....	LEURET.	ques.....	
Physiologie.....	LANDE	Clinique des maladies cuta-	PETGES.
Hygiène.....		nées et syphilitiques....	DUVERGEY
Médecine légale et déon-		Clin. des mal. des voies urinaires..	
tologie.....	RÉCHOU	Clinique des maladies ner-	ABADIE
Electroradiologie et clin.	CHELLE.	veuses et mentales.....	PORTMANN.
d'électricité médicale..		Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	
Chimie	BEILLE.	Toxicologie et hygiène ap-	LABAT.
Botanique et matière mé-	DUPOUY.	pliquée.....	
dicale.....	MANDOUL.	Hydrologie thérapeutique	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPERIE.	et climatologie.....	
Zoologie et parasitologie..	TEULIERES.		
Médecine expérimentale..			
Clinique ophtalmologique.			

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECO.		PAPIN.
Technologie.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY
Physiologie.....	FABRE.		CHARRIER.
Parasitologie et Sciences	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	LOUBAT.
naturelles			PERY.
	CREYX		RIVIÈRE.
	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
Médecine générale.....	DAMADE.	Dermatologie et syphillogra-	
	PIECHAUD.	phie.....	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharma-	
Maladies mentales.....	PERRENS.	ceutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIE	Puériculture.....	FAUGERE.
Médecine opératoire.....	PAPIN	Pharmacie chimique.....	GOLSE
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...			
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA FEMME

*Je lui dédie cet ouvrage en
témoignage de ma profonde
affection.*

A MON PERE, A MA MERE

*En hommage de ma recon-
naissance.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA BELLE-SŒUR, A MON BEAU-FRERE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAMANY

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE
PROFESSEUR A L'ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST
AGRÉGÉ DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES
DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CROIX DE GUERRE

Nous le remercions particulièrement d'avoir bien voulu nous confier le sujet de ce travail et l'assurons de notre gratitude pour la bienveillante sympathie avec laquelle il nous a toujours accueilli.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous fait en accep-
tant la présidence de notre thèse
et l'assurons de notre profonde
gratitude.*

INTRODUCTION

L'*aménorrhée* est un des troubles physiologiques de la femme qui frappe particulièrement les sujets qui en sont atteints et leur entourage.

De tous temps, les esprits ont été préoccupés par l'arrêt de la menstruation, fonction apparente et symbolique entre toutes, et les médecins ont cherché par d'innombrables moyens à faire apparaître les règles absentes.

Nous n'avons pas la prétention, dans cette courte étude, d'apporter des faits bien nouveaux au sujet du traitement de cette anomalie physiologique.

Nous nous sommes bornés, après avoir envisagé la question de l'opportunité d'un traitement, à étudier parmi les nombreuses médications celles qui nous ont paru les plus efficaces.

I. — DEFINITION — CLASSIFICATION

On appelle aménorrhée, l'absence ou la disparition des règles chez la femme parvenue à l'âge de la puberté, en dehors de la grossesse ou de la lactation.

On distingue deux classes d'aménorrhée : l'*aménorrhée primitive*, celle des femmes n'ayant jamais été réglées ; l'*aménorrhée secondaire*, la disparition des règles chez une femme ayant déjà eu des écoulements menstruels.

II. — ETIOLOGIE

L'aménorrhée primitive peut être due :

1° A des anomalies sexuelles congénitales : absence d'utérus, absence d'ovaires, absence de vagin, imperforation utérine, imperforation de l'hymen, conséquences d'une tare organique familiale (tuberculose, syphilis, alcoolisme, diabète, conception à la convalescence de maladies infectieuses ayant plus ou moins lésé la cellule reproductrice).

2° A une absence de stimulus ovarien, l'ovaire étant resté à l'état infantile pour des raisons congénitales ou sous l'action de causes locales ou générales ayant agi avant la puberté : tuberculose, syphilis, maladies infectieuses de l'enfance ayant arrêté le développement des organes génitaux avant maturité.

3° A un état d'infantilisme de la muqueuse.

4° A des causes glandulaires : hypothyroïdisme (le myxœdème, dans ses formes graves, s'accompagne souvent d'infantilisme et d'aménorrhée : l'insuffisance thyroïdienne a inhibé l'ovaire) ; hyperthyroïdisme (l'aménorrhée du goitre exophtalmique est bien connue depuis Trousseau) ; insuffisance hypophysaire : on sait que cette glande à sécrétion interne, au même titre qu'elle favorise la croissance de n'importe quel organe, favorise la croissance des organes génitaux sur lesquels elle exercerait une action élective : Zondek et Ashheim ont réussi à provoquer la maturation folliculaire par greffe et injection du lobe antérieur. Eidelsberg, sur 15 femmes donnant des signes d'insuffisance hypophysaire, en relève 8 qui n'ont jamais été

réglées, 2 qui sont réglées normalement, 5 pauvrement et irrégulièrement.

Les *aménorrhées secondaires* ont pour étiologie :

1° Des causes infectieuses :

a) *aiguës* : fièvre typhoïde, infection ourlienne, paludisme, fièvre puerpérale, etc. ;

b) *chroniques* : syphilis, scrofule, tuberculose (Despeignes, sur 1.600 tuberculeuses hospitalisées, relève 14 aménorrhées définitives et 417 femmes ayant eu des périodes d'aménorrhée passagère). L'aménorrhée est souvent un symptôme d'alarme d'une tuberculose en évolution.

2° Des maladies générales : maladie de Basedow, maladie d'Addison, diabète.

3° Des causes physiologiques : chloro-anémie, circonstances thermiques et climatiques (l'hiver supprime parfois la menstruation et il est de règle générale que dans les pays froids, tels que le Groënland et l'Islande, les femmes voient leurs règles supprimées pendant les périodes de très basse température). Cullen signale des faits analogues en Angleterre : « Quand les règles sont supprimées en hiver, dit-il, tous nos efforts sont en général inutiles jusqu'au commencement de l'été. »

4° Des causes nerveuses : choc émotionnel causant une insuffisance ou un blocage de la circulation pelvienne, causes physiques, tel un état habituel d'énervement (peut-être par l'intermédiaire du corps thyroïde), un état d'hyper-sympathicotonus. Les traumatismes, les névroses : hystérie, épilepsie, paralysie générale, se compliquent fréquemment d'aménorrhée. C'est une forme d'aménorrhée très difficile à diagnostiquer que celle qu'on a qualifiée de grossesse nerveuse. Il y a des femmes qui, n'ayant plus leurs règles, présentent absolument tous les signes apparents de la grossesse : gonflement des seins, vomissements, ballonnement du ventre ; en réalité, elles ont simplement de l'aménorrhée. Dalché cite le cas d'une femme qui vint le consulter au dixième mois d'une grossesse présumée. Après examen,

il conclut qu'elle n'était pas enceinte. Elle fut prise de règles en s'en allant, dans l'escalier. C'était un type de grossesse nerveuse.

5° Causes organiques : kyste ovarien bilatéral, kyste unilatéral avec arrêt réflexe du fonctionnement de l'ovaire sain ; destruction de la muqueuse : il a été établi qu'au-dessous d'une surface minima de muqueuse, la menstruation ne peut se produire ; infantilisme régressif par fatigue des ovaires ; sclérose de la sous-muqueuse. L'avortement artificiel, qui prédispose à une surinvolution utérine les utérus à demi-infantiles, peut annihiler totalement une muqueuse jusque-là déficitaire, mais cependant capable d'assurer son rôle fonctionnel. L'aménorrhée se rencontre au cours des maladies du cœur, non pas à leur début, mais à une période assez avancée, alors que la cachexie cardiaque est presque imminente.

6° Causes toxiques : le tabac ; les grandes fumeuses sont souvent aménorrhéiques ; l'alcoolisme ; l'opium, la morphine (Vignes cite l'exemple d'une femme qui prend l'habitude de la morphine à la suite d'une affection pelvienne douloureuse. Au moment où elle atteint la dose quotidienne de 0 gr. 20, les règles cessent. On fait une cure de démorphinisation : les règles réapparaissent. Un retour à la morphine cause une nouvelle période d'aménorrhée).

7° Enfin, il est des cas, et ce sont les plus difficiles et les plus rebelles, où l'on ne peut invoquer ni lésion locale de l'appareil génital, ni maladie générale, ni influence nerveuse et il faut incriminer alors la mauvaise nutrition, une hygiène défectueuse, le surmenage intellectuel, le manque d'exercice ou un changement de régime. C'est par un mélange de toutes ces causes que l'on explique l'aménorrhée des jeunes pensionnaires, ou celle des filles robustes de la campagne, habituées au grand air et venues se placer en ville comme servantes. Ce sont des cas d'aménorrhée dits parfois essentiels ou idiopathiques.

III. — DOIT-ON TRAITER L'AMENORRHEE ?

En présence d'une femme n'ayant jamais été réglée ou ne voyant plus ses règles, faut-il se hâter d'instituer un traitement ?

Les exemples sont nombreux où la suppression des menstrues n'entraîne aucune perturbation de l'état général, l'équilibre n'est pas rompu, la santé reste satisfaisante. Mais, par contre, chez d'autres éclatent des accidents de divers ordres. Les vieux médecins disaient : « Pas de menstruation, pas de santé pour la femme. » Il y avait sans doute une certaine exagération dans cet adage et l'on pourrait dire plus justement « pas de santé, pas de règles », mais combien nombreuses sont les aménorrhéiques qui présentent des troubles divers : troubles vaso-moteurs, bouffées de chaleur, éblouissements, bourdonnements d'oreilles, taches purpuriques. On voit s'installer des troubles dyspeptiques, de la constipation, des épistaxis rebelles, des otorrhagies, des hémorragies oculaires, des hématuries, des hémoptysies. Jacquemier parle d'une femme chez qui les hémorragies de compensation formaient des hématomes fluctuants aux cuisses et au ventre. Certaines collections sanguines qu'on rencontre quelquefois dans le cul-de-sac péritonéal du petit bassin ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal décrites sous le nom d'hématocèles rétro-utérines ont souvent une origine analogue.

Quant aux troubles psychiques et moraux, il n'est aucun que l'absence des règles ne puisse produire ; la femme non

réglée se croit en état d'infériorité vis-à-vis de ses semblables, son psychisme impressionnable s'en ressent et l'on voit souvent alors apparaître des modifications du caractère, du nervosisme, de l'hyperirritabilité, de l'insomnie, de la neurasthénie, de la mélancolie. Le médecin est donc instamment prié de faire réapparaître cette menstruation qui est considérée encore aujourd'hui comme une crise dont l'économie a besoin. On attend cette hémorragie avec une sorte d'anxiété et on ne cesse pas un instant de professer une espèce de culte pour cette bienfaisante évacuation. Au fait, les troubles constatés, semblables en certains points à ceux de la ménopause, ne sont-ils pas dûs à une rétention de substances toxiques ? Il en serait ainsi pour Tuffier qui dit qu'après la castration, tout se passe comme si la rétention des menstrues causait une véritable intoxication. Macht et Lubin soutiennent que le sérum, les globules rouges, la salive, la sueur, le lait des femmes contiennent une substance toxique pendant les règles et surtout avant les règles. Divers arguments cliniques parlent en ce sens : hémorragies des règles déviées, diarrhées périodiques. Dans d'autres cas, le retour des règles a balayé une affection apparue en même temps que l'aménorrhée.

Tous ces troubles nous amènent à nous demander si la menstruation est une fonction inhérente à la femme ou une fonction acquise. D'après Roussel, la menstruation ne devait pas exister à l'état sauvage ou primitif de l'humanité et on devrait, pour lui, la considérer plutôt comme « une crise salutaire à laquelle la nature aurait soumis les femmes à l'époque où, ayant goûté aux habitudes de la civilisation, elles avaient commencé à se livrer aux excès de table ; l'hémorragie menstruelle devait ainsi les débarrasser du superflu dangereux ».

D'après Auber, les femmes ne seraient assujéties à avoir les règles que parce qu' « elles avaient perdu l'habitude de satisfaire l'instinct de la reproduction aussitôt que son aiguillon se faisait sentir, comme cela devait avoir lieu à

l'état sauvage. Tant que ce changement social n'avait pas eu lieu, la menstruation n'avait pas sa raison d'être ; elle ne vint aux femmes que plus tard, par suite de la lutte entre les sentiments opposés qui amena dans la matrice de l'irritation suivie d'une crise hémorragique ; l'influence héréditaire aurait ensuite favorisé le retour des mêmes phénomènes dans les générations suivantes, ce qui fit supposer qu'ils tenaient à l'organisation de la femme ». Le flux menstruel ne serait donc pas uniquement une disposition histologico-anatomique propre à la femme ; il agirait aussi à la façon d'un émonctoire nécessaire à la santé.

Nous nous poserons donc, avec Dalché, en présence d'une aménorrhéique, trois questions :

Devons-nous traiter l'aménorrhée ?

Quelles maladies devons-nous traiter ?

Comment les traiter ?

Avons-nous d'abord toujours intérêt à rappeler les règles ? Pourquoi et dans quelles conditions ?

Derrière la fonction menstruelle se trouvent d'autres fonctions ovariennes et nous ne sommes jamais certains d'exciter et de forcer cette fonction menstruelle isolément sans toucher plus ou moins à d'autres fonctions de tout premier ordre au risque de les troubler et de leur être nuisibles.

Dans quels cas devons-nous exciter cette fonction menstruelle isolément, dans quels cas devons-nous exciter toutes les fonctions ovariennes et comment le faire à leur bénéfice exclusif et sans causer le moindre dommage ?

Sommes-nous sûrs qu'en excitant une ovulation paresseuse au moyen de procédés divers certains d'entre eux ne la troublent pas au point de la rendre défectueuse et que ce travail artificiel ne prenne pas les caractères d'une maladie de l'ovulation ?

Ainsi forcée cette ovulation ne parvient-elle pas à son terme, dénaturée et avec des propriétés anormales ? Dans

quelles conditions cet ovisac qui ne voulait pas partir a-t-il accompli son évolution sous des influences, peut-être trop pressantes, d'une manière impondérée, et quel ovule va-t-il élaborer ? Nous apportons à l'ovaire une excitation factice et nous ignorons si elle est suffisante pour remédier complètement à sa faiblesse et si la mise en œuvre de la fonction va être suivie d'une marche naturelle ou incomplète.

N'avons-nous pas mis en activité un ovule qui était défectueux ou anormal ou arrêté dans son évolution ?

Par exemple des chiennes de chasse dont les feux avaient été provoqués par le gynocrinol ont donné naissance à des petits dégénérés. Les emménagogues quels qu'ils soient ne risquent-ils pas de donner pareil résultat ?

Il faut donc rechercher parmi les aménorrhées celles qu'il est utile et inoffensif de traiter.

En présence d'une *aménorrhée primitive* deux éventualités peuvent se présenter :

La première, la jeune fille plate, maigre, n'ayant aucun des attributs de la sexualité féminine, chez laquelle l'examen ne nous a montré qu'un rudiment d'appareil utéro-ovarien. Pourquoi tenter de faire fonctionner un appareil infantile ? Toute médication échouera et il serait même dangereux chez une femme n'ayant éprouvé la moindre ébauche de symptôme menstruel d'instituer une thérapeutique agressive pouvant provoquer particulièrement des troubles cardiaques par opothérapie intempestive. Ce sont des malades qu'il convient avant tout de traiter au point de vue de l'état général.

La seconde, la jeune fille floride, ayant des bouffées de chaleur, des céphalées, des coliques périodiques, en un mot les symptômes d'un molimen cataménial qui n'aboutit pas mais qui cherche sa voie naturelle. Pour celle-là on doit multiplier les tentatives. A coup sûr le succès n'est pas certain, mais on a le droit d'espérer que le retard utéro-ovarien terminera son évolution. Elle a des ovaires qui fonc-

tionnent et tout dépend en grande partie du plus ou moins de développement de la matrice.

Parmi les aménorrhées primitives on réservera une place particulière à celles que l'on doit plus légitimement appeler aménorrhées camouflées et qui ont pour cause une imperforation de l'hymen, de l'utérus, une absence de vagin : une intervention chirurgicale en sera la cure radicale.

Quant aux *aménorrhées secondaires* la question de l'opportunité du traitement est très délicate. Une femme brusquement n'a plus ses règles. N'y a-t-il pas là une action réflexe de la nature tendant à arrêter en quelque sorte une hémorragie périodique ? Les faits semblent confirmer cette théorie. En effet nous avons vu que l'on trouve un arrêt des menstrues dans de nombreuses maladies infectieuses. On a appelé à juste raison ces aménorrhées, providentielles, car tout se passe comme si la nature voulait mettre un terme à toute déperdition et à tout travail organique superflu. L'exemple typique est celui de la fièvre typhoïde, infection qui comme on le sait prédispose aux hémorragies et qui s'accompagne très souvent d'aménorrhée.

Doit-on traiter également ces aménorrhées qui surviennent après un accouchement ou un avortement où la femme a perdu une quantité anormale de sang ? Non, c'est évident. Dans tous ces cas le plus sage est de s'abstenir d'agir directement sur l'appareil utéro-ovarien ; laissons, au début du moins, agir la nature.

Mais il y a des *aménorrhées secondaires* où il est logique d'intervenir.

Ce sont les aménorrhées nerveuses, celles qui surviennent après une émotion et où il n'existe aucune lésion anatomique, soit locale, soit générale. Ce sont les aménorrhées à origine névropathique ; celles qui sont consécutives à un traumatisme. On fera encore réapparaître cette fonction physiologique inhibée dans tous les cas de déficience glandulaire, dans les cas d'aménorrhée toxique et enfin chaque fois que l'on aura à faire à ces cas dits essentiels ou idiopathiques.

IV. — TRAITEMENT

Notre ligne de conduite sera inspirée de la physiologie de la menstruation : ce n'est pas seulement sur la sphère génitale que doivent porter nos tentatives thérapeutiques, mais on se rappellera que la menstruation n'est que la manifestation d'une périodicité de la nutrition générale et c'est tout d'abord à l'amélioration de la nutrition que nous viserons. Les procédés employés comportent surtout l'application des principes diététiques et hygiéniques.

Toutes les mesures d'hygiène physique et morales sont utiles en cas d'aménorrhée, de même que tous les traitements destinés à améliorer l'état général. On stimulera la nutrition par une bonne alimentation, par des médications à base de fer, d'arsenic, d'hémoglobine, d'iode, d'huile de foie de morue, qui souvent suffiront à ramener les règles disparues. Les médicaments récalcifiants donnent des résultats excellents et d'après Blaire Bell il y aurait des aménorrhées qui relèvent d'une insuffisance de calcium : du nombre sont celles qui sont consécutives aux maladies aiguës et à une poussée de croissance. Ces cas s'accompagnent d'asthénie et d'hypotension. L'ingestion de lactate de calcium les guérit.

On conseillera le climat marin qui par son air vif, son ionisation, sa teneur en iode fera merveille chez les hypothyroïdiennes dont il stimulera indirectement la fonction menstruelle. Par contre un climat de plaine conviendra mieux aux basedowiennes.

Certaines cures, entre autres Salies, font merveille dans les aménorrhées des jeunes filles autrefois appelées « lymphatiques », aujourd'hui hypothyroïdiennes, en stimulant le métabolisme et indirectement l'appareil génital.

Certaines eaux radio-actives, Plombière, Nérès, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Bagnoles-de-l'Orne, d'autres eaux radio-actives avec en plus une association chimique : eau sulfurée de Luchon, eau carbo-gazeuse de Royat qui excitent la vitalité ont une action efficace dans les aménorrhées, que ce soit une aménorrhée par puberté retardée ou une aménorrhée nerveuse. L'eau de La Bourboule qui par son arsenic, en augmentant le nombre des globules rouges, en améliorant l'état général, en excitant le parasympathique est particulièrement recommandable dans ces cas d'aménorrhée ou le fer a déterminé une amélioration qui ne s'est pas maintenue et où un second traitement ferrugineux n'a eu aucun effet : l'arsenic y fera souvent merveille.

Les climats chauds, l'héliothérapie, qui élèvent le métabolisme donnent souvent des guérisons de puberté tardive, d'aménorrhée après une maladie fébrile, d'aménorrhée avec obésité.

Les aménorrhéiques se trouveront bien d'une activité physique modérée; certains sports qui congestionnent les organes pelviens seront à conseiller dans les aménorrhées primitives : la bicyclette, l'auto, le canotage sont des exercices qui amènent une circulation intensive du petit bassin qui pourra provoquer la maturation de l'appareil génital. Vignes conseille la gymnastique congestionnante consistant en circumductions passives de la cuisse; elle devra être employée lors d'une période de congestion locale, correspondant, suivant les femmes au molimen prémenstruel ou à la période menstruelle; il n'y aurait rien à attendre de ce traitement si cette congestion n'existait pas.

Les aménorrhées primitives seront favorablement influencées par des pratiques *hydrothérapiques* :

Les *applications froides générales* qui déterminent une

vaso-constriction périphérique et par balancement une hyperémie interne avec hypertension provoquent une gymnastique vaso-motrice qui donne un meilleur tonus vasculaire de tout l'organisme et en particulier un meilleur tonus des vaso-moteurs pelviens.

Les *applications chaudes générales* produisent une vasodilatation périphérique avec hypertension, tachycardie, vagotonie et sédation générale. Cette excitation du parasymphatique et la sédation du sympathique favorisent la venue des règles.

Certains moyens physiques agissant localement ont une action indiscutable.

Ainsi on conseillera l'*hydrothérapie froide* prolongée sur la région lombaire, par l'emploi du sac à glace de Chapman, qui exerce une action emménagogue. « Nous connaissons, disait Beni-Barde, des femmes aménorrhéiques... qui sous l'influence du sac à glace lombaire, ont vu le rétablissement de leurs fonctions menstruelles. »

On peut agir sur la circulation abdominale par les douches épigastriques et hypogastriques à percussion faible. Elles ont, d'après Beni-Barde, « des propriétés excito-motrices qui exercent une influence considérable sur les viscères contenus dans le bassin et l'abdomen. »

Des *sangsues* appliquées à la face externe des cuisses ou aux malléoles, des sinapismes, des bains de siège sinapisés, des injections chaudes vers la date probable de l'apparition des règles donnent d'heureux résultats en particulier quand l'aménorrhée est de cause émotive ou réflexe. Dalché recommande cette méthode surtout quand il existe « des poussées congestives qui tendent à diffuser sur tout l'organisme et n'arrivent pas à se localiser sur le bassin et les organes génitaux ».

Tous ces moyens agissent en amenant, comme le disait Gubler « une congestion de l'appareil génital éminemment propre à favoriser l'ovulation ».

La *dilatation du col* au moyen de tiges de laminaire, de

bougies de Hégar peuvent provoquer également une congestion favorable à la menstruation.

L'électricité trouve des applications dans la thérapeutique de l'aménorrhée :

Le *courant galvanique* en provoquant de la vaso-dilatation.

Le *courant faradique* caractérisé par de nombreuses alternatives d'établissement et de rupture réalise une gymnastique de l'utérus et des vaso-moteurs fort utile dans l'infantilisme utérin.

L'électricité statique, par des décharges localisées à la région lombaire, produit un effet brutal de vaso-constriction puis une vaso-dilatation secondaire. Doumer emploie le bain statique dans lequel on ne fait pas de décharges brusques, mais où le sujet se décharge dans l'air, par ses poils, ses duvets et aurait obtenu des résultats parfois étonnants.

Les *courants de haute fréquence* et basse tension sont également utilisés et agissent par des effets de diathermie qui prennent naissance dans l'intimité des tissus d'où effets congestifs favorables dans les cas d'aménorrhée et d'infantilisme : l'utérus augmente de grandeur en peu de temps, ses parois se ramollissent, l'activité fonctionnelle de l'ovaire augmente.

La *diathermie* endo-vaginale agit de la même façon.

On a encore employé la *radiothérapie*, qui à dose infinitésimale a une action *excitante* sur la fonction ovarienne.

Toutes ces pratiques doivent être périodiques de telle façon à provoquer une fluxion analogue à la fluxion physiologique de l'appareil génital.

Outre les moyens physiques nous avons à notre disposition des *moyens médicamenteux*. En tête de ceux-ci on placera le traitement spécifique que l'on doit toujours tenter, particulièrement dans les aménorrhées primitives.

Les médicaments *vaso-dilatateurs* peuvent augmenter la circulation de l'ovaire et de l'utérus et de ce fait favoriser une poussée menstruelle, si un stimulus ovarien s'ébauche

dans ce moment; la vitalité de la muqueuse utérine, la maturation folliculaire peuvent être favorisés. On peut donc ainsi lutter contre l'aménorrhée, du moins en principe. En pratique leur action est brutale et passagère et leur efficacité est exceptionnelle. C'est par miracle qu'ils font cesser des états d'infantilisme. Par contre ils peuvent être utiles dans les aménorrhées nerveuses.

Mais dans ces cas de spasme vasculaire les *antispasmodiques* sont bien préférables et c'est ainsi que la belladone, la jusquiame, le cannabis indica, l'asa fœtida, la valériane peuvent ramener la menstruation dans les cas fréquents d'hypersympathicotonus.

Il existe des *médicaments dits emménagogues*. Comment agissent-ils ? Les uns par vaso-dilatation, les autres par stimulation préalable de l'ovaire.

Le *Yohimbe* possède la propriété « d'influencer la menstruation ovarienne en augmentant l'apport du sang aux ovaires ». Cet effet peut donc être utilisé dans le traitement de l'aménorrhée, mais probablement sous condition qu'il existe déjà une ébauche de molimen due à l'ovulation.

L'*apiol* a été utilisé avec succès quand l'aménorrhée provient « d'une insuffisance générale ou locale de l'excitabilité nerveuse propre aux organes génitaux ». Mais il n'est emménagogue que si le travail préparatoire de la menstruation est quelque peu amorcé : pour que son effet soit décisif il faudrait donc, par des examens locaux et généraux répétés être fixé sur le moment où le rythme naturel des phénomènes va amener la menstruation.

Le *séneçon*, la *rue*, déterminent également une congestion pelvienne et une hyperthermie locale, de même la *sabine* et le *safran*.

La *chirurgie* a tenté de guérir radicalement certaines aménorrhées. La *greffe ovarienne* a été essayée dans des cas d'infantilisme. Pestalozza a rapporté l'histoire d'une jeune femme de 28 ans, présentant une aménorrhée absolue, primitive, chez laquelle la greffe ovarienne a permis, en un mois, l'établissement de la fonction menstruelle.

Ortega aurait obtenu l'apparition de la menstruation après greffe des ovaires d'une brebis chez une jeune fille aménorrhéique de 18 ans.

On a tenté d'agir sur le régime des vaso-moteurs pelviens par des interventions chirurgicales portant sur le système nerveux végétatif. C'est Jaboulay qui en eut le premier l'idée. Il décollait le rectum, explorait la concavité sacrée et réséquait le sympathique. A propos de son premier cas, qui fut un succès, il note que « le surlendemain les règles arrivèrent et durèrent deux jours, ressemblant à une vasodilatation de l'utérus d'origine sympathique ».

L'opothérapie.

Les médications que nous avons étudiées jusqu'à présent sont pour la plupart des thérapeutiques symptomatiques et un traitement réellement efficace de l'aménorrhée réclamerait un stimulant ovarique spécifique. En existe-t-il ? C'est infiniment probable. Certains produits, par exemple le lipoïde homo-stimulant isolé par Isovesco et Naphilyan provoque sur les femelles du lapin jeune l'augmentation du volume de l'ovaire et de l'utérus en même temps qu'une congestion intense du réseau vasculaire de ces organes. Il s'agit bien là non d'une action sur l'économie générale mais bien d'une action localisée aux organes génitaux. Si nous ne connaissons pas d'une façon précise le stimulant ovarique proprement dit l'opothérapie est à l'heure actuelle la médication la plus rationnelle des aménorrhées par insuffisance ou défaut de sécrétion.

L'opothérapie ovarienne a donné des résultats contradictoires. Vignes prétend avoir eu plus d'insuccès que de succès. Fraenkel est sceptique quand aux résultats et prétend que « l'opothérapie est une entreprise commerciale sans valeur thérapeutique », l'atrophie qui caractérise souvent l'aménorrhée primitive serait une lésion indélébile contre laquelle toute stimulation serait impuissante.

Quoiqu'il en soit dans de nombreux cas d'aménorrhée l'opothérapie bien conduite peut donner des résultats. Des expériences ont montré que les extraits d'ovaire pouvaient provoquer la puberté; ils amènent une hyperémie de tout l'arbre génital. C'est ainsi que certains auteurs ont pu conjurer le retard de la puberté par des extraits d'ovaire. Schickelé a obtenu une amélioration d'un état d'infantilisme utéro-ovarien : une jeune femme, mariée depuis quatre ans, stérile, et présentant une légère hypoplasie utérine, est traitée pendant deux mois par des extraits d'ovaire. L'utérus se développe et sa cavité augmente de 1 cm. 5. La femme devient enceinte.

Les aménorrhées accidentelles, résultant d'une émotion vive ou d'un refroidissement ou de diverses affections générales aiguës ou d'un accident génital et se prolongeant longtemps après la cause provocatrice sont parfois améliorées très rapidement par des extraits ovariens. Mais le traitement doit être précoce.

On emploiera l'extrait total qui doit être frais, et avoir été soustrait à l'action des rayons ultra-violets qui lui font perdre son activité. Il doit être de préférence administré par voie sous-cutanée à la dose de 1 cc. de liquide ovarique tous les jours pendant un mois et demi, trois fois par semaine pendant deux mois, deux fois par semaine pendant six mois, en diminuant les doses, mais sans les interrompre si le résultat est obtenu (Jayle). La voie bucale est peu recommandable car l'expérience a montré que l'intestin chez la plupart des individus n'absorbait pas le produit.

Des recherches récentes ont montré qu'un traitement par l'extrait total d'ovaire était illogique car on a trouvé que l'ovaire ne contenait pas seulement des hormones, substances excitantes, mais encore d'autres produits endocriniens, les uns appelés chalone (Schaffer) ou produits modérants, les autres harmozones (Gley) ou produits dirigeants. Ainsi on a réussi à dissocier dans l'ovaire des substances physiologiquement et chimiquement dissemblables qui administrées

montrent des propriétés très actives et nettement antagonistes. Une de ces substances, alcool-hydro-soluble a été appelée *agomensine* et possède la propriété d'hyperémier l'utérus et ses annexes, alors que l'autre, liposoluble, la *sistomensine* possède une action inverse. La première a donc une action hormonique que l'on doit seule utiliser dans l'aménorrhée. Rolland et Jouve l'ont expérimentée avec succès dans ces cas si fréquents où le déclenchement glandulaire se faisant mal, les règles n'apparaissent pas ou ne se manifestent que par un écoulement rosé ou même de simples pertes blanches, où il y a évidemment insuffisance de congestion utéro-ovarienne.

A côté de l'opothérapie ovarienne certaines aménorrhéiques tireront un grand profit de l'*opothérapie thyroïdienne*. Nombreuses sont en effet les femmes qui voient leurs règles s'appauvrir, s'espacer et disparaître en même temps que s'installe l'embonpoint : chez celles-ci le traitement thyroïdien fait merveille.

D'autre part l'*excès de sécrétion thyroïdienne* influe aussi sur la menstruation. D'après Sehrt elle atteint 82 p. 100 des basedowiennes. Contre ces aménorrhées dues à une suractivité thyroïdienne, l'héματοéthyroïdine, le borate de soude, l'arsenic, sont efficaces à petites doses longtemps prolongées en combattant le Basedow. La radiothérapie à petites doses sur le corps thyroïde pourra le faire régresser et agira ainsi indirectement sur la menstruation.

L'*extrait d'hypophyse* qui, avec le mérite de réfréner la suractivité du corps thyroïde, l'excitation diathermique de la région hypophysaire rendent souvent service dans l'infantilisme génital, sous condition qu'il ne s'agisse pas d'une lésion trop ancienne et que tout traitement associé nécessaire soit employé. Les extraits hypophysaires doivent être fraîchement préparés, l'administration en doit être prolongée, les doses importantes. Pour certains auteurs, tel Horning, le traitement hypophysaire serait de première utilité

et il considère que les aménorrhées, étiquetées ovariennes devraient presque toujours être appelées aménorrhées hypophysaires.

A côté de tous ces moyens opothérapiques on a essayé récemment les extraits provenant de la glande sexuelle mâle. On a d'abord employé l'*extrait orchitique* lequel agirait d'après Zénope (de Constantinople) par action indirecte en freinant la sécrétion thyroïdienne dont l'excès provoque l'arrêt de la menstruation ou par action directe sur l'ovaire. Actuellement c'est surtout l'*extrait spermatique* appelé *androstine* que l'on utilise. « L'élément mâle provenant des cellules séminifères, disent Pierra et Jouve, exerce sur l'organisme de la femme une action dynamogénique et équilibrante... La sécrétion interne de l'ovaire n'est point suffisante à elle seule pour assurer à la femme son plein équilibre organique; elle a besoin pour le réaliser entièrement d'une autre substance provenant du sexe opposé qui lui apporte un complément utile et même nécessaire. »

Ces mêmes auteurs ont obtenu des résultats intéressants et nous rapportons quelques observations où l'extrait spermatique a soit déclanché une puberté tardive ou ramené les règles disparues. Cotte dit qu'il n'a obtenu aucun résultat dans les aménorrhées vraies, complètes. Par contre, Chevassu a observé une jeune femme « qu'une aménorrhée de huit mois mettait dans un état de nervosisme extrême » et qui, dit-il, « a vu reparaître ses règles à la suite d'un traitement de quelques jours à l'extrait complémentaire ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Professeur agrégé Jeanneney.)

Mlle A. C..., est une jeune fille de 17 ans, petite, d'aspect chétif, mais en bonne santé actuellement. La seule chose qui l'inquiète, c'est qu'elle n'est pas réglée.

Interrogée à ce sujet, elle nous dit qu'elle eut ses premières règles à l'âge de 12 ans. Elles s'installèrent régulièrement peu abondantes, durant trois jours, mais revenant périodiquement tous les mois. Elles ne s'accompagnaient pas de phénomènes douloureux. Il en fut ainsi pendant deux ans.

A 14 ans, survint une crise aiguë d'appendicite non tuberculeuse qui nécessita une intervention immédiate dont les suites furent normales. Après cette opération, les règles revinrent à nouveau pendant trois mois.

Puis, la malade rentrant en pension, les règles s'arrêtèrent brusquement. En même temps, des phénomènes gastriques s'installèrent, consistant en ballonnement après les repas, clapotage gastrique, constipation, inappétence. L'état général devenait de jour en jour de plus en plus précaire à tel point qu'à l'âge de 15 ans la malade ne pesait que 28 kilos.

De nombreux médecins, consultés à ce moment conseillèrent des traitements divers locaux et généraux, sans aucun succès.

Enfin il fut décidé un séjour à la campagne avec isolement complet et suralimentation. Au bout de 2 mois la malade rentra chez elle à la ville, améliorée au point de vue gastrique mais n'ayant pas engraisié. L'appétit était devenu bon. Elle n'était toujours pas réglée.

Rentrée chez elle son poids augmentait mais après la moindre activité diminuait à nouveau. Enfin l'état général s'améliore de façon stable et la malade engraisse en un an de 20 kilos. Les règles ne réapparaissent toujours pas.

C'est à ce moment qu'elle vient consulter le professeur agrégé Jeanneney pour le seul trouble qu'elle présente : l'amenorrhée.

L'examen de l'appareil génital révèle un petit utérus infertile.

Le traitement ordonné est le suivant : Frictions lombaires, injections d'alcaïm, élixir Deret, agomensine pendant 2 mois.

Revue après deux mois, on remplace l'agomensine par un traitement pluriglandulaire comprenant de l'extrait d'ovaire, de l'extrait thyroïdien, de l'extrait hypophysaire.

Un mois après les règles apparaissent et durent deux jours.

Depuis, la malade a suivi son traitement d'une façon irrégulière et les règles n'ont pas apparues les deux mois suivants, mais elle a des bouffées de chaleur.

OBSERVATION II

(Professeur agrégé Jeanneney.)

Mlle J. P., réglée à 11 ans et demi, règles régulières durant 6 jours, abondantes, non douloureuses.

En février 1926, la malade a les oreillons, sans phénomènes graves.

En octobre, novembre, décembre il se produit un arrêt des règles qui reviennent en janvier, douloureuses.

En février 1927, nouvel arrêt. Examinée à ce moment par le professeur agrégé Jeanneney, on note au point de vue général un syndrome adipo-génital, au point de vue local un petit appareil utéro-ovarien.

Le traitement suivant est prescrit : extrait d'ovaire 8 jours avant la date présumée des règles ; élixir Deret 8 jours après les règles ; puis les 2 jours suivants de l'extrait thyroïdien et hypophysaire.

Juillet 1927 : les règles sont revenues en avril et en juin. L'état général est amélioré, la malade a maigri.

Février 1928 : depuis juillet les règles sont apparues mais irrégulièrement. On prescrit de l'agomensine.

Avril : les règles sont venues en mars, douloureuses.

Juillet : règles régulières sauf un retard de 15 jours ce mois.

Décembre : règles régulières.

Mai 1929 : Les règles reviennent tous les mois, mais elles sont plus irrégulières. L'état général est stationnaire, la malade pèse 51 kilos pour une taille de 1 m. 49.

OBSERVATION III

(Professeur agrégé Jeannency.)

Mlle N..., 18 ans.

Réglée à 14 ans.

Oreillons à 16 ans, avec phénomènes abdominaux assez aigus et petites pertes de sang au cours de cette poussée.

Dès cette époque, les règles sont devenues très peu abondantes remplacées par quelques pertes rosées, douloureuses l'avant-veille et la veille. En même temps s'est installé un syndrome type adiposo-génital très marqué et qu'améliore à peine un traitement opothérapique ovarien et polyglandulaire suivi depuis plusieurs mois.

OBSERVATION IV

(Lévi et H. Rotchshild.)

Malade de 25 ans, toujours mal réglée. A 17 ans, absence de règles. Soumise au traitement thyroïdien, les règles apparaissent dès les premiers cachets et régulièrement tous les mois.

OBSERVATION V

(Lévi et H. Rotchshild.)

Claire T..., d'abord réglée normalement à l'âge de 12 ans. Puis à 16 ans, survient une période d'aménorrhée de cinq mois coïncidant avec un gonflement du cou. Les règles reviennent après les premiers rapports sexuels. Puis cessent à nouveau. La malade engraisse, la figure s'élargit.

Traitement : Extrait thyroïdien : 0 gr. 25 par jour ; Ovarine : 2 cachets par jour à 0 gr. 10.

Deux mois après, les menstruations sont revenues.

OBSERVATION VI

(Lévi et Rotchshild.)

Femme de 22 ans, atteinte d'instabilité thyroïdienne avec aménorrhée. Jamais bien réglée. En général les règles venaient

toutes les 6 semaines et elle a été atteinte il y a six ans d'une suspension des menstrues qui dura 18 mois.

Soumise au traitement thyroïdien il y avait quatre mois environ qu'elle n'avait pas eu ses règles. Après l'absorption de 2 cachets de 0 gr. 10 de corps thyroïde les règles réapparaissent.

OBSERVATION VII

(Siredey.)

Jeune fille de 22 ans. Régulée à 13 ans. Puis survient une période d'aménorrhée qui fut traitée sans succès par des douches, des médicaments ferrugineux, de l'arsenic. Siredey lui ordonna ensuite le traitement suivant : extrait thyroïdien : 0 gr. 10 et ovarine : 0 gr. 40 par jour.

Après 10 jours de traitement les règles apparurent et durèrent 3 jours. Le mois suivant elles revinrent normalement.

OBSERVATION VIII

(Jugand.)

Femme de 35 ans. N'a jamais été réglée. Quelques gouttes de sang à l'âge de 17 ans. Mariée à 22 ans. Chaque mois elle éprouve des malaises de congestion utérine : douleurs au niveau des reins et de l'abdomen au niveau des ovaires.

Tous les emménagogues ont été essayés depuis l'armoise jusqu'au safran, l'apiol, la rue, le seigle ergoté. Le traitement local, bains de siège, douches froides, injections, n'a pas réussi. Du fer pris sous forme pilulaire insoluble a amené des troubles digestifs sérieux.

Un nouveau traitement est alors institué : après un repos d'un mois avec hygiène et nourriture choisie mais modérée, on administre une liqueur d'albuminate de fer avec du sirop d'E. O. A. Pendant les 4 mois suivants les règles apparaissent normalement, sans malaises. Puis survient une grossesse.

OBSERVATION IX

(Jugand.)

Malade de 35 ans, n'a jamais été réglée sauf à 17 ans où elle a vu quelques gouttes de sang apparaître à la vulve. Chaque

mois elle a des douleurs lombaires et abdominales, un état fébrile. Mariée à 22 ans. Désireuse de devenir mère, elle essaye, pendant longtemps, sans résultat, divers emménagogues. Puis traitement ferrugineux bientôt suivi de l'apparition des règles qui reparaissent pendant 4 mois. Au bout de ce laps de temps grossesse.

OBSERVATION X

(Baker.)

X..., 20 ans. A eu à 19 ans un écoulement sanguin de un jour de durée. On ne remarque rien d'anormal du côté des organes génitaux par le palper combiné au toucher. Traitée par le courant faradique en application externe (*sacrum pubis*) sans résultat, puis courant galvanique appliqué de la même façon. Le même jour douleurs pelviennes et léger suintement sanguin.

L'application fut répétée et le flux vint avec une abondance normale.

OBSERVATION XI

Aménorrhée primitive guérie par greffe ovarienne.

Miss L. B..., âgée de 20 ans a un utérus et des annexes rudimentaires. N'a jamais été réglée et souffre des symptômes qui accompagnent habituellement la suppression de la menstruation. Elle a reçu une greffe d'ovaire dans le fond de l'utérus, greffe provenant d'une malade âgée d'environ 30 ans. 8 semaines après elle était réglée pour la première fois de sa vie, la menstruation fut profuse, dura 10 jours. Une seconde menstruation survint 6 semaines après, dura cinq jours avec des caractères normaux. La 3^e vint au bout de cinq semaines faiblement et dura un jour. La 4^e et la 5^e vinrent au bout de 4 semaines et avec des caractères absolument normaux.

La malade a un aspect général beaucoup meilleur et elle est soulagée de ses souffrances.

Revue plus de 4 ans après l'opération, elle a déclaré que s'il lui arrive de ne pas être réglée un mois, la menstruation arrive le plus souvent à époques régulières, mais sa durée est tantôt prolongée, tantôt courte.

OBSERVATION XII

(Zénope.)

Mme S..., 45 ans, réglée à 12 ans, faiblement. Depuis 6 mois, ne voit plus que tous les 3 ou 4 mois. Avec l'extrait orchitique, depuis 2 mois, elle voit régulièrement tous les mois pendant 7 jours.

OBSERVATION XIII

(Zénope.)

Mme A..., 35 ans, grande, obèse, réglée à 18 ans à l'occasion de son mariage, mais dont les règles n'ont duré que très peu de temps. Après un traitement par l'extrait orchitique, cette femme, qui n'avait pas vu ses règles depuis de si longues années a commencé à avoir une légère menstruation.

OBSERVATION XIV

(Zénope.)

Mlle M. K..., 25 ans, taille moyenne, obèse, a été réglée à 17 ans d'une façon insuffisante et irrégulière ; depuis un an elle ne voit plus ses règles que tous les 2 ou 3 mois. Traitement par l'extrait orchitique : 0 gr. 75 par jour en trois fois, 20 jours par mois : ses règles viennent régulièrement tous les mois et sont de quantité normale.

OBSERVATION XV

(Zénope.)

Jeune fille de 17 ans, non encore réglée ; après huit jours d'administration par la bouche de 0 gr. 75 d'extrait orchitique, les règles apparaissent quoique de faible durée (2 jours), et d'une minime quantité (2 serviettes en tout).

OBSERVATION XVI

(Pierra.)

Mme G..., 28 ans, réglée à 16 ans seulement, elle l'a toujours été faiblement et irrégulièrement, avec de longues pé-

riodes d'aménorrhée, qui durent parfois tout l'hiver, la menstruation ne reparaissant alors qu'avec les beaux jours. Tendance marquée à l'embonpoint, quelques signes de masculinisme, en particulier du côté du système pileux.

A mon premier examen (juillet 1922), je trouve un utérus petit, fortement antéfléchi, avec un col petit, mais perméable. Traitement : extrait d'ovaire (20 cgr. par jour) hydrothérapie, emménagogues divers ; cure de réduction. Sous l'influence de ce traitement, la malade a ses règles, à trois reprises, dans le courant de l'hiver 1921-1922 ; puis elles disparaissent de nouveau et cette fois complètement, à partir de juillet 1923, bien que la malade ait un peu maigri et qu'elle continue très régulièrement l'opothérapie prescrite.

En avril 1923, nouvel examen, mêmes constatations que précédemment. Traitement ovarien intensif (40 cgr. par jour), sans aucun résultat. A dater de juin 1923, je donne de l'androstine, à la dose de 4, puis 6 comprimés par jour. En juillet pour la première fois depuis un an, les règles apparaissent et durent deux jours ; en août, elles reparaissent et durent trois jours.

Durant tout l'automne et l'hiver suivants, elles continueront avec régularité, mais seulement quand la malade prendra de l'extrait complémentaire. Dès qu'elle cesse d'en prendre, elle n'est plus réglée, bien qu'elle remplace cette médication par l'opothérapie ovarienne à hautes doses associée à de petites doses de thyroïde. C'est ainsi qu'ayant pris de l'extrait complémentaire pendant dix jours en juin 1924, elle a des règles abondantes ; en juillet, pas d'extrait complémentaire, pas de règles ; en août, elle reprend, sous ma surveillance 6 comprimés d'androstine par jour ; les règles arrivent avec deux jours d'avance et durent cinq jours ; il en est de même en septembre.

OBSERVATION XVII

(Pierra.)

Mme L..., 30 ans. Puberté normale ; aucun antécédent intéressant.

Mariée en novembre 1920, fait, en février 1921, une fausse couche de trois mois, qui nécessite un curetage. A la suite de celui-ci, les règles n'ont pas reparu, et l'aménorrhée paraît définitive. Il n'existe plus le moindre molimen. La malade a

engraissé de trois kilogrammes, elle se plaint de perdre la mémoire. Les rapports sexuels sont normaux et non douloureux.

A mon premier examen, le 22 juillet 1922, je trouve un utérus petit, avec un col petit et conique ; l'hystérométrie, assez difficile, donne 5 cm. et demi. Les annexes sont normales et ne présentent aucune sensibilité.

Traitement : ovaire (20 cgr.) et thyroïde (1 cgr.) ; gymnastique pelvienne congestionnante ; bains ferrugineux (cure de Luxeuil) ; douches plantaires froides.

Je revois Mme L., le 12 août. Il existe une vague sensibilité au niveau de l'ovaire droit ; mais l'utérus reste petit. Le poids est de 68 kg. 700 pour une taille de 1 m. 60.

Durant l'année qui suit, la malade continue très régulièrement l'usage des cachets thyro-ovariens, dont l'administration provoque quelques douleurs lombaires, mais n'amène pas les règles.

Le 14 juillet, nouvel examen. Le poids est de 71 kilogrammes. L'ovaire droit reste un peu sensible, et l'utérus a peut-être légèrement augmenté de volume.

Traitement : cure ferrugineuse, hydrothérapie, massage, cure de réduction (régime sec, purgation et diète hydrique hebdomadaire). Le poids tombe en 10 jours à 69 kgs 400. Mais les règles n'apparaissent pas.

A partir du 23 juillet, je donne 4, puis 5, puis 6 comprimés d'androstine par jour. Le 3 août, le poids est encore descendu à 68 kgs 200 et il semble s'être produit quelques phénomènes de molimen menstruel. Examen génital : utérus augmenté de volume (hystéromètre : 6 cm. et quart) ; ovaire droit sensible et nettement perceptible.

Au départ de la malade, le 10 août, le poids est tombé à 66 kgs. Le ventre est sensible, les seins un peu tendus, la malade a l'impression que ses règles sont imminentes. Celles-ci ne surviennent cependant qu'en septembre, après trois années entières d'aménorrhée, mais reparaissent ensuite régulièrement jusqu'en décembre.

Une grossesse survient au début de janvier 1924 et la malade accouche normalement le 11 octobre dernier.

OBSERVATION XVIII

(Pouliot.)

Mme U..., 27 ans. Bonne santé générale ; petits signes d'insuffisance ovarienne (hypertrichose, frilosité des extrémités, migraines hebdomadaires). Mariée depuis sept ans, aucune grossesse. Depuis 6 mois, on constate une diminution progressive des règles, qui ont totalement disparu depuis 45 jours, en même temps qu'un embonpoint très marqué se développe, imposant à la malade l'idée d'un début de grossesse.

A l'examen, utérus petit, en position normale, prolapsus des annexes droites dans le cul-de-sac postérieur, où, par le toucher rectal, on sent l'ovaire du volume d'une noix, bosselé, dur (ovaire scléro-kystique type) ; les annexes gauches ne sont pas perçues.

Traitement : compresses chaudes imbibées d'eaux mères de Salies, tous les soirs, petits lavements quotidiens, agomensine, 6 comprimées par jour, la semaine précédant l'époque présumée des règles ; régime d'amaigrissement concomitant.

Au bout de deux mois, la malade a perdu 2 kgs 300 mais l'aménorrhée persiste. Le 8 février, elle commence à la fois un traitement d'agomensine (même dose) et d'androstine (4 comprimés par jour), jusqu'au 18 février, sans autre résultat que de petites douleurs de reins et des bouffées de chaleur. Nouveau traitement, commencé le 6 mars et arrêté le 12, par suite de l'apparition des règles. Celles-ci, peu abondantes, mais nullement douloureuses, ont duré 4 jours.

Le 4 avril, nouveau traitement, interrompu le sixième jour. Les règles ont duré, cette fois-ci cinq jours et ont été notablement plus abondantes. Entre temps, l'amaigrissement a continué, et la malade se sent tout à fait bien.

Continuation du traitement.

OBSERVATION XIX

(Weber, de Strasbourg.)

Mme Sh..., 25 ans, mariée depuis 4 ans, stérile.

Peu après le mariage, les règles, auparavant normales, sont devenues faibles, irrégulières, avec souvent des aménorrhées de plusieurs mois. En même temps, la femme augmentait con-

sidérablement de poids, et de temps en temps des bouffées de chaleur se produisaient. Le mari paraît être presque impuissant.

Femme grasse, matrice petite, ovaires non palpables.

A partir de mars 1924, on donne de fortes doses d'androstine (8 comprimés par jour). Au bout de 15 jours, les bouffées de chaleur disparaissent. Après cinq semaines, menstruation normale.

OBSERVATION XX

(Chauvin, de Marseille.)

Mme B..., 32 ans. Rien de particulier à signaler dans les antécédents, sinon qu'elle n'a jamais été réglée jusqu'à son mariage, à 20 ans. Depuis, les règles apparaissent tous les trois mois seulement et sont très réduites. Cependant une grossesse survint il y a 5 ans. Accouchement normal, enfant bien constitué. Depuis, plus de règles.

Signes classiques d'insuffisance ovarienne. Inefficacité des traitements habituels : massage, exercice, fer, extraits ovariens, administrés à plusieurs reprises pendant plusieurs années. Il y a trois mois, traitement par l'androstine, à la dose de 4 comprimés par jour, sans résultat le premier mois. La dose est portée à 6 comprimés le mois suivant ; au bout de huit jours de ce traitement, un écoulement menstruel se produit, peu abondant, mais régulier, pendant deux jours. Les règles reparaissent les 3 mois suivants. La malade n'est plus revue.

OBSERVATION XXI

(Pouliot.)

Mlle Le C..., 15 ans et demi, m'est amenée le 24 novembre 1923 par sa mère, qui s'étonne qu'elle ne soit pas réglée. Je suis moins étonné, car le sujet porte à peine 12 ans et est resté absolument infantile. Il n'existe aucun signe annonciateur de la puberté : pas de poils au pubis ni aux aisselles, seins de petit garçon.

Je prescris d'alterner, par périodes de 10 jours, X gouttes

d'adrénaline à 1/1.000 et 2 cachets par jour d'extrait total d'hypophyse dosés à 0 gr. 10.

Le 15 janvier, l'enfant est en poussée de développement et de croissance manifeste : elle a gagné 4 cm. de taille et 1.500 grammes de poids ; mais l'infantilisme reste le même.

Le 15 février, la croissance continuant sans la moindre apparence de puberté, je remplace, dans l'alternance avec l'hypophyse, l'adrénaline par une pilule d'androstine matin et soir.

Le 3 avril, je constate une transformation de la fillette, dont les seins pointent, tandis que le système pileux se développe ; son caractère se modifie également ; elle accuse des troubles vagues et quelques douleurs abdominales.

Le 23 avril, étant en vacances de Pâques à la campagne, elle a une première menstruation tout à fait régulière. Il s'en faut de quinze jours qu'elle ait atteint sa seizième année.

OBSERVATION XXII (Pierra et Jouve)

(Résumée.)

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans. Celle-ci rentre en province après un séjour de quelques années à Paris où elle a eu, depuis un an, toutes sortes d'ennuis : trois deuils successifs, dont un chez une parente de son âge morte de méningite cérébro-spinale, ce qui l'impressionna beaucoup. Très affectée par cet ensemble de circonstances, cette jeune fille devient d'une instabilité émotive..... présente tout un cortège de symptômes nerveux... En même temps elle présente un premier arrêt de la menstruation, puis une deuxième fois les règles manquent. Vue peu après on lui prescrit l'agomensine à raison de 4 comprimés par jour, huit jours avant l'époque présumée des règles, et cela pendant trois mois consécutifs. Dès le premier mois de ce traitement les règles réapparaissent. Par suite les règles ne manquent jamais plus, bien que depuis deux mois la malade ne prenne plus d'agomensine.

CONCLUSIONS

I. Il faut distinguer avec les classiques les aménorrhées primitives par malformations génitales et les aménorrhées secondaires acquises par infections locales ou générales (aiguës ou chroniques).

Ces dernières sont les plus fréquentes et les moins graves.

II. Il y a intérêt à traiter toutes les aménorrhées qui n'ont pas pour cause une action réflexe de la nature tendant à mettre un terme à toute déperdition organique superflue.

III. Le traitement de base sera un traitement général, étiologique. Il comprendra :

a) Toutes les mesures d'hygiène propres à améliorer l'état général ;

b) Des médications physiques générales et locales ;

c) Des médications emménagogues ;

d) Exceptionnellement, dans quelques cas précis, des interventions chirurgicales ;

e) Enfin, l'opothérapie : ovarienne, spermatique, pluri-glandulaire.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 décembre 1931.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- BRU. — Insuffisance ovarienne, comment la reconnaître et la traiter (Concours médical, janvier 1924).
- COUVELAIRE. — La stérilité chez la femme, *Progrès médical*, 18 septembre 1921.
- DALCHÉ. — Traitement de l'aménorrhée (Concours médical, 1925, p. 1331).
- DALCHÉ. — Traitement de l'aménorrhée, *Sciences médicales*, 1925.
- E. GASNE. — Les aménorrhées et leur traitement, *La consultation*, septembre 1924.
- GAUCHER. — Aménorrhées, Ovulation, *Bulletin société médicale*, 1880, p. 229-231.
- JAYLE. — Traitement de l'aménorrhée et de l'oligoménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes sans métrite, (*Presse médicale*, 13 mai 1922).
- G. JEANNENEY. — La menstruation et ses troubles en pratique, *Progrès médical*, nov. 1925.
- G. JEANNENEY et ROSSET-BRESSAND. — *Formulaire gynécologique du praticien*.
- LE LORIER. — Etude sur l'aménorrhée primitive. Thèse de Paris, 1904.
- MACREZ. — Traitement opothérapique de l'aménorrhée des jeunes filles, *Journal de médecine de Paris*, 6 sept. 1928.
- MACREZ. — Traitement de l'aménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes, *Evolution thérapeutique*, juin 1926.
- MAURIN (Y.). — Insuffisance ovarienne et goître exophtalmique, *Journal de Paris*, 7 avril 1923.
- MORIN. — Contribution à l'étude de la conception au cours de l'aménorrhée, Thèse Paris, 1927.
- PÉRIN. — Deux cas d'aménorrhée au cours de l'hérédo-syphilis, (Société française de dermatologie et syphilographie, 19 avril 1928).

- PETIT. — Sur la conception dans l'aménorrhée. Thèse de Paris 1883.
- PIERRA et JOUVE. — *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1923. L'opothérapie spermatogénétique chez la femme.
- POULIOT. — L'opération des troubles menstruels, *Paris-Médical*, 11 nov. 1922.
- SEGUY. — Aménorrhée primitive persistante. *La médecine*, avril 1930.
- SIREDEY. — Aménorrhée et mariage, *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, avril 1920.
- J. SLOSSE. — A propos de trois cas d'aménorrhée, *Société clinique des hôpitaux de Bruxelles*, 12 juin 1930.
- H. VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes.
- H. VIGNES. — Aménorrhées, *Les sciences médicales*, sept. 1929.
- H. VIGNES. — Aménorrhées, *Journal des praticiens*, sept. 1929.
- ZÉNOPE. — *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 1923 ;
Thérapeutique orchitique chez la femme.
-

